PATIENTS INTERNATIONAUX · TOURISME MÉDICAL

Chirurgie bariatrique
Guide complet du patient

Admissibilité, examens préopératoires, protocole de sécurité, tarifs et questionnaire — sleeve, bypass et SASI/OATB.

Dr. Luis Meza

Chirurgien bariatrique et métabolique · Certifié par le Conseil mexicain de chirurgie générale (n° 130287) et de chirurgie bariatrique (n° 150013)

CONTENU DE CE GUIDE

- Admissibilité
- Régime préop.
- Séjour à Mérida
- Examens préop.
- Report / annulation
- Aptitude à voler
- Médication
- Suivi
- Tarifs
- Questionnaire

1 Qui est candidat

Selon les indications ASMBS/IFSO 2022 pour la chirurgie métabolique et bariatrique.

- IMC de 35 ou plus, avec ou sans autres affections.
- IMC de 30 à 34,9 avec maladie métabolique (surtout le diabète de type 2).
- Prêt à s'engager dans un suivi à vie et un changement de mode de vie.
- Aucune affection psychiatrique non contrôlée, dépendance active ou risque anesthésique non compensé.

2 Régime préopératoire

- **Diète de réduction hépatique** (très basse en calories) : au moins 1 semaine, pouvant aller jusqu'à 2 selon l'échographie.
- **Cesser** les AINS, l'aspirine et les anticoagulants selon l'indication ; cesser les produits à base de plantes à effet anticoagulant (ginkgo, ail, valériane, kava) au moins 10 jours avant.
- **Analogues du GLP-1** (sémaglutide, tirzépatide) : cesser 1 semaine avant l'anesthésie — risque d'aspiration par vidange gastrique retardée.
- **Inhibiteurs du SGLT2 :** cesser 3 à 4 jours avant (risque d'acidocétose euglycémique).
- **Tabac :** cesser idéalement 8 semaines avant. **Alcool :** arrêté.
- **Prophylaxie de la thrombose (TVP) :** évaluation du risque individuel.

3 Durée du séjour à Mérida

- **Hospitalisation :** sleeve 1 à 2 nuits ; bypass 2 à 3 nuits.
- **Séjour total avant de voler : au moins 10 nuits** pour le sleeve et le bypass — afin de franchir en sécurité la période la plus à risque avant un long vol.
- **Cas de révision : 2 semaines.**
- Hébergement à proximité de l'hôpital pendant tout le séjour.

Ce document décrit des exigences professionnelles et ne remplace pas l'évaluation clinique individuelle. Seul le chirurgien peut déterminer si une intervention convient à un patient donné.

4 Examens préopératoires et ce qui reporte la chirurgie

Ces examens confirment que le patient est réellement opérable et apte à l'anesthésie. Ils sont d'abord réalisés au pays d'origine — afin que personne ne prenne l'avion sans pouvoir être opéré. Ce qui manque peut être complété à Mérida.

Lieu : O = pays d'origine (Canada) · M = Mérida · O/M = l'un ou l'autre. Cette liste permet aussi d'obtenir à l'avance la cotation du laboratoire et de l'hôpital.

EXAMEN	FINALITÉ CLINIQUE	RÉSULTAT QUI REPORTE OU ANNULE	LIEU
HÉMATOLOGIE ET COAGULATION			
Formule sanguine complète	Anémie, infection, plaquettes	Hb < 8–10 g/dL ou anémie symptomatique → reporter et corriger ; leucocytose avec infection → traiter d'abord	**O**
TP / INR et TCA	Risque de saignement	INR > 1,5 (hors anticoagulation planifiée) ou coagulopathie → reporter et corriger	**O**
Groupe sanguin et Rh	Réserve transfusionnelle	Requis ; n'annule pas	**O/M**
BIOCHIMIE ET MÉTABOLISME			
Glycémie et HbA1c	Contrôle glycémique	HbA1c > 8,5–9 % ou hyperglycémie marquée → optimiser/reporter (cible idéale ≤ 7–8 %)	**O**
Électrolytes (Na, K)	Équilibre hydro-électrolytique	Hypokaliémie ou autre anomalie importante → corriger avant	**O**
Créatinine et urée	Fonction rénale / risque anesthésique	Insuffisance rénale importante → évaluer et optimiser	**O**
Bilan hépatique	Hépatopathie	Élévation marquée ou suspicion de cirrhose/hypertension portale → investiguer avant	**O**
Albumine et protéines totales	État nutritionnel	Hypoalbuminémie sévère → optimiser	**O**
Bilan lipidique	Risque cardiovasculaire	Informatif ; n'annule pas	**O**
Peptide C et CRP (patients diabétiques)	Réserve pancréatique / inflammation	Informatif	**O**
ENDOCRINIEN			
TSH (bilan thyroïdien)	Fonction thyroïdienne	Hypothyroïdie non contrôlée → compenser avant	**O**
INFECTIEUX			
Analyse d'urine / uroculture	Infection urinaire	Infection urinaire active → traiter et reporter	**O/M**
Antigène fécal ou test H. pylori	Infection à H. pylori	Positif → éradiquer avant (surtout pour le bypass)	**O/M**
Sérologies (VIH, VHB, VHC)	Exigence préopératoire de l'hôpital	Selon le protocole de l'hôpital	**O/M**

EXAMEN	FINALITÉ CLINIQUE	RÉSULTAT QUI REPORTE OU ANNULE	LIEU
CARDIOPULMONAIRE			
Électrocardiogramme	Cardiopathie / arythmie	Anomalie nouvelle (ischémie, arythmie) → évaluation cardiologique avant	**O/M**
Radiographie pulmonaire (si indiquée)	Pathologie pulmonaire	Anomalie aiguë → investiguer et reporter	**O/M**
Dépistage de l'apnée (STOP-BANG) ± polysomnographie	Apnée obstructive du sommeil	AOS sévère non traitée → optimiser avec CPAP avant	**O**
IMAGERIE ET ENDOSCOPIE			
Échographie abdominale	Vésicule et foie	Informatif ; la lithiase est prise en charge selon les résultats	**O/M**
Endoscopie digestive haute	Pathologie gastrique	Anomalie pertinente (ulcère actif, etc.) → traiter avant	**O/M**
SANTÉ DE LA FEMME			
Test de grossesse (β-hCG)	Grossesse	POSITIF → ANNULER : contre-indication absolue à une chirurgie élective	**O/M**
ÉVALUATIONS			
Évaluation anesthésique (ASA)	Risque périopératoire	Maladie non compensée → optimiser avant	**M**
Évaluation psychologique et nutritionnelle	Aptitude et adhésion	Trouble non contrôlé ou dépendance active → différer	**O/M**

Critères prioritaires d'annulation ou de report

- **Test de grossesse positif** — contre-indication absolue à une chirurgie élective.
- **Infection active** (urinaire, respiratoire ou fièvre) — traiter et reprogrammer.
- **Anémie sévère non corrigée** ou coagulopathie.
- **Diabète non contrôlé** (HbA1c très élevée ou hyperglycémie marquée).
- **Cardiopathie ou pneumopathie décompensée** / apnée sévère non traitée.
- **Anomalie électrolytique importante** (p. ex. hypokaliémie).
- **H. pylori positif** non éradiqué (surtout pour le bypass).

Ce document décrit des exigences professionnelles et ne remplace pas l'évaluation clinique individuelle. Seul le chirurgien peut déterminer si une intervention convient à un patient donné.

5 Aptitude à prendre l’avion

Avant le vol, chaque patient est vu en personne et n’est autorisé que lorsque c’est sécuritaire : sans fièvre, tolérant les liquides, douleur maîtrisée, se déplaçant, et sans signe de fuite, de saignement ou d’infection.

Le chirurgien signe une **lettre d’aptitude à voler** avec des recommandations et prescrit :

- Héparine de bas poids moléculaire (HBPM) pour le vol de retour.
- Bas de compression, hydratation stricte, siège côté allée, mouvement toutes les heures.
- Contact d’urgence et hôpital le plus proche à destination.
- Signes d’alerte clairs et conduite à tenir pendant le voyage et au retour.

6 Médication postopératoire (incluse)

- Protecteur gastrique (inhibiteur de la pompe à protons) pour la période indiquée.
- Antibiotiques préventifs (périopératoires).
- Antinauséeux et analgésiques (sans AINS).
- Prophylaxie de la thrombose (TVP).
- Multivitamines et suppléments bariatriques.

7 Suivi et complications

Une **consultation virtuelle** avant le voyage, une autre au retour, et un suivi virtuel vers 6 semaines — puis à 3, 6 et 12 mois et chaque année, en coordination avec le médecin du patient au Canada.

> **Complications et assurance.** Si une complication nécessite une seconde intervention, le chirurgien remet un compte rendu opératoire et un résumé clinique détaillés afin que l’agence puisse entamer la demande d’assurance et le retour du patient.

Ce document décrit des exigences professionnelles et ne remplace pas l’évaluation clinique individuelle. Seul le chirurgien peut déterminer si une intervention convient à un patient donné.

Questionnaire du patient

À remplir et à retourner avant votre consultation virtuelle. Toutes les informations sont confidentielles.

Renseignements généraux

Nom complet _____ Date de naissance _____

Âge _____ Sexe _____

Taille _____

Poids actuel _____ Poids maximal _____

Poids minimal _____

Téléphone / WhatsApp _____ Courriel _____

Affections médicales

☐ Diabète de type 2 ☐ Sous insuline ☐ Hypertension ☐ Cholestérol élevé ☐ Apnée du sommeil ☐ Utilise un CPAP

☐ Reflux / RGO ☐ Stéatose hépatique ☐ Maladie cardiaque ☐ Maladie pulmonaire ☐ Thyroïde ☐ Foie / reins

Autre _____

Antécédents de thrombose

☐ TVP / embolie pulmonaire antérieure ☐ Varices ☐ Trouble de la coagulation connu ☐ Prend des contraceptifs

Antécédents chirurgicaux

Chirurgie abdominale antérieure ? ☐ Oui ☐ Non

Chirurgie bariatrique antérieure ? ☐ Oui ☐ Non Type / année _____

Complications, le cas échéant _____

Médicaments et allergies

Médicaments actuels _____

☐ Anticoagulants / antiplaquettaires ☐ GLP-1 (sémaglutide / tirzépatide) ☐ Inhibiteur du SGLT2 ☐ Plantes / suppléments

Allergies _____

Habitudes et santé des femmes

Tabac ? ☐ Oui ☐ Non Cigarettes / jour _____ Alcool ? ☐ Oui ☐ Non

Enceinte ou allaitante ? ☐ Oui ☐ Non Méthode contraceptive _____

Santé mentale et symptômes actuels

☐ Dépression ☐ Anxiété ☐ Hyperphagie boulimique ☐ En traitement actuel ☐ Difficulté à avaler ☐ Douleur abdominale

☐ Vomissements ☐ Saignement

_____ _____

Signature du patient Date

Ce document décrit des exigences professionnelles et ne remplace pas l'évaluation clinique individuelle. Seul le chirurgien peut déterminer si une intervention convient à un patient donné.

9 Références

1. Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, et al. 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. Obes Surg. 2023;33(1):3-14.
2. Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, et al. Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutrition, Metabolic, and Nonsurgical Support of Patients Undergoing Bariatric Procedures – 2019 Update: Cosponsored by AACE/ACE, TOS, ASMBS, OMA and ASA. Endocr Pract. 2019;25(12):1346-1359.
3. Carter J, Chang J, Birriel TJ, et al. ASMBS position statement on preoperative patient optimization before metabolic and bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis. 2021;17(12):1956-1976.
4. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes (current edition) — perioperative and inpatient glycemic management. Diabetes Care.
5. American Society of Anesthesiologists. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation; ASA Physical Status Classification System.
6. Obesity Canada / Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines — Bariatric Surgery: Selection and Pre-operative Workup.

Prochaines étapes

1. Remplir et retourner le questionnaire du patient.
2. Faire les examens requis au pays d’origine et nous transmettre les résultats.
3. Consultation virtuelle pour confirmer l’admissibilité, choisir l’intervention et fixer la date.
4. Débuter le régime préopératoire et planifier le voyage (minimum 10 nuits).

Dr. Luis Meza

Chirurgie bariatrique et métabolique — FARO del Mayab, bureau 907, Mérida, Yucatán, Mexique
Tél / WhatsApp +52 985 126 1367 · contacto@luismeza.mx · luismeza.mx

Ce document décrit des exigences professionnelles et ne remplace pas l’évaluation clinique individuelle. Seuls le chirurgien et l’anesthésiste peuvent déterminer si une intervention convient à un patient donné. Les seuils indiqués sont des critères cliniques usuels et sont individualisés selon le patient.